69

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul VIDAL

Né à Carcassonne le 29 décembre 1886
Ex-interne des hôpitaux de Besançon

LE MELAENA

DU NOUVEAU-NÉ

Président : M. BAR, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage d'infinie reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Nous tenons à lui exprimer notre plus vive gratitude pour le très grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEQUEUX

C'est sous sa direction et à l'aide de ses conseils que nous avons élaboré ce modeste ouvrage. Qu'il nous soit permis de lui adresser nos plus vifs et nos plus sincères remerciements.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE PARIS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

LE MELAENA DU NOUVEAU-NÉ

DÉFINITION

On désigne sous le nom de melaena, la présence de sang dans les garde-robes.

Chez le nouveau-né, cette affection, qu'il faut considérer comme un symptôme et non comme une entité morbide, est susceptible de présenter une gravité redoutable.

Nous venons de dire que le melaena ne constitue qu'un symptôme. En effet, il indique que le tube digestif, et plus particulièrement l'intestin, contient du sang.

Il faut donc se demander tout d'abord quelle est la provenance de ce sang.

Cette recherche nous amène à distinguer deux types de melaena : le melaena spruria et le melaena vera.

Dans le premier de ces deux types, le sang est d'origine maternelle. Il a été dégluti et digéré par l'enfant. Cette forme de melœna ne présente aucun caractère de gravité.

Dans le melaena vera le sang provient de l'organisme fœtal. Si le tube digestif de l'enfant renferme

du sang, c'est qu'en certains points de ses parois il s'est produit des hémorragies. Cette forme de melaena présente une haute gravité, car elle peut emporter l'enfant très rapidement.

Nous avons donc à rechercher les causes de cette affection. Nous devrons nous demander ensuite comment ces causes agissent pour produire l'hémorragie et quelles lésions elles déterminent dans l'organisme. Nous étudierons ensuite la symptomatologie, l'évolution et le traitement de cette maladie.

Tel est le plan que nous nous proposons de suivre pour l'étude de l'affection qui nous occupe.

HISTORIQUE

Le melaena du nouveau-né a été observé de tout temps. Mais il faut arriver jusqu'à 1723 pour en trouver la première observation détaillée. Elle est due à Ebarth et a trait à un melaena spruria. Après cet auteur, d'autres rapportent des observations. Citons les noms de Brebisuis et de Vogel.

Un anonyme suisse, auteur d'une monographie sur le sujet qui nous occupe, attribue les hémorragies gastro-intestinales à la pléthore sanguine. Cette opinion est partagée par la plupart des auteurs de ce temps qui ont étudié la question et parmi lesquels il faut citer Ettlinger, Riedlin, Hesse.

A cette première période ou période pléthorique fait suite l'ère anatomo-pathologique. Elle s'ouvre en 1825 avec Billard. Pour cet auteur, les hémorragies intestinales sont dues à des ulcérations de la muqueuse de l'intestin. Cette opinion est généralement admise et trouve des défenseurs en France (Rilliet, Paul Dubois) et en Allemagne (Landau Silbermann).

A cette période succède l'ère pasteurienne. Après

les découvertes de Pasteur les esprits se tournent du côté des recherches bactériologiques. Et comme Nocard et Leclainché découvrent le microbe spécifique de la septicémie hémorragique des animaux, on veut trouver en médecine humaine un microbe analogue. C'est alors que Klebs et Eppinger découvrent la monas hemorragica. Après eux, Gærtner décrit un bacille qui porte son nom et auquel il attribue une spécificité qui n'est pas justifiée par les recherches ultérieures. En effet, au cours d'examens bactériologiques, on retrouve tous les microbes, isolés ou associés.

A côté de la théorie microbienne il faut accorder une place à la théorie syphilitique. Elle est relativement ancienne. En effet, en 1866 Behrend avait déjà mis la syphilis en cause. Depuis cette époque un grand nombre d'auteurs ont admis et étudié son influence. Nous citerons les noms de Boissard, Bar, Hermary, Orlowski.

Enfin est née une période nouvelle, l'ère humorale : la cause primordiale des hémorragies réside dans des altérations des humeurs de l'organisme et en particulier du sang. Deux noms sont attachés à cette ère : celui du professeur Bar et celui d'un de ses élèves, le professeur agrégé Lequeux, auteur d'une thèse remarquable intitulée : *Étiologie et pathogénie des hémorragies graves du nouveau-né.*

ÉTIOLOGIE

Fréquence

Le melaena du nouveau-né est une affection rare, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en examinant les statistiques qui suivent :

Hecker en 1864 en rapporte 8 cas pour 4.000 accouchements, soit 1 pour 500.

Spiegelberg en 1868, 2 pour 5.000, soit 1 pour 2.500.

Kling, en 1875, 17 pour 12.000, soit, 1 pour 700.

Garans, en 1880, 1 pour 1.911, soit 1 pour 1.911.

Genrich, en 1887, 2 pour 2.800, soit 1 pour 1.400.

Hergott, en 1893, 2 pour 3.000, soit 1 pour 1.500.

Shukoski, en dix ans, en a vu 29 cas pour 3.000 accouchements.

Hermary, en a vu 1 cas pour 437 accouchements.

Orlowsk, en a vu 1 cas pour 116 accouchements.

Pour Lequeux la proportion est de 0,18 o/o.

Personnellement, en parcourant les registres de la clinique Tarnier, depuis l'année 1908 inclusivement, nous en avons trouvé 11 cas pour 6.572 accouchements, ce qui fait une proportion de 0,16 o/o.

Assez souvent il arrive que l'enfant présente de l'hématémèse en même temps que le melaena. Voyons

dans quelles proportions ces deux accidents s'associent.

Kling a rencontré le melaena seul 1 fois et 9 fois associé à l'hématémèse.

Silbermann, l'a rencontré 6 et 25 fois.

Laderer, l'a rencontré 3 et 4 fois.

Dusser l'a rencontré 35 et 30 fois.

Personnellement nous l'avons vu 5 et 6 fois.

Age. — Faut-il accorder à l'âge de l'enfant une influence dans la production du melaena? Oui, affirment Grenser et Audry, de Lyon.

Telle est également l'opinion de Lequeux. Pour cet auteur, le fait d'être né avant terme prédispose les nouveau-nés à présenter du melaena. Thellier, de Lyon, ne partage pas cette opinion. Pour lui, l'âge de l'enfant n'a aucune influence. Personnellement nous avons constaté que les observations que nous avons trouvées se rapportaient toutes à des enfants à terme.

Sexe. — On s'est également demandé si le sexe jouait un rôle dans la production du melaena.

Pour Rillet, cette affection atteindrait plus souvent les garçons que les filles.

Billard émet l'opinion contraire.

Si nous consultons les statistiques de Kling, Silbermann, Hecker nous voyons que :

Hecker trouve 5 filles pour 3 garçons.

Kling trouve 9 filles pour 8 garçons.

Silbermann trouve 20 filles pour 14 garçons.

Thellier prétend que le sexe n'a aucune influence dans l'apparition des accidents. Nous tendons également a admettre cette opinion car nous avons trouvé 6 filles pour 5 garçons.

L'examen de ces deux facteurs, âge et sexe des enfants ne nous conduit à aucune conclusion. Nous devons donc chercher ailleurs les causes de l'affection qui nous occupe.

Tout d'abord, avant de passer à l'étude des causes qui peuvent occasionner le melaena chez le nouveau-né, il faut faire une distinction entre les deux formes que peut revêtir cette affection.

Selon les causes qui l'ont produit, le melaena est dit spruria ou vera. Cette distinction est absolument nécessaire car, selon qu'il s'agit de l'une ou l'autre de ces formes, l'étiologie, la pathogénie et le traitement diffèrent totalement.

Melaena spruria. — Le melaena spruria est dû à des causes toutes mécaniques. Le sang qui se trouve dans les garde-robes a été dégluti et c'est son élimination qui produit le melaena.

A quel moment s'est faite cette déglutition ?

Elle peut avoir eu lieu avant la naissance. Elle est alors produite par des manœuvres amenant une hémorragie dans l'intérieur de l'œuf.

L'observation suivante vient à l'appui de nos idées.

OBSERVATION I

Lequeux. — *Sur une cause exceptionnelle de melaena du nouveau-né* (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, janvier 1909.)

Chez une femme présentant un hydramnios considérable et chez laquelle se produisit un début de travail, M. Bar fit pratiquer une ponction ovulaire par voie haute, dans l'espoir de voir rétrocéder le travail prématuré. Quand le trocart fut enfoncé de 2 centimètres on sentit une résistance et il ne s'écoula pas de liquide. Il fallut enfoncer l'instrument de 8 centimètres environ pour voir sortir par le canal du trocart le liquide amniotique teinté de rouge.

Trois jours plus tard reprise du travail. Perforation artificielle des membranes par le vagin. Il s'écoule un liquide noir mélangé de sang et de caillots organisés. La femme expulse un enfant vivant. Sur le placenta, près d'un gros vaisseau, on voit un orifice du calibre du trocart. La face utérine du placenta est en partie recouverte de caillots.

L'enfant expulse sitôt après sa naissance et pendant les quarante-huit heures suivantes, du méconium franchement melaenique disparaissant ensuite complètement.

Pour que le melaena se produise sitôt après la naissance, il faut admettre que le sang a été dégluti plusieurs heures auparavant, sans quoi il n'aurait pas eu le temps d'être digéré. Il est évident qu'ici la déglutition du liquide sanglant remontait à l'époque de la ponction, quarante-huit heures avant l'accouchement.

C'est là l'unique observation de melaena produit

par la déglutition intra-ovalaire du sang que nous ayons trouvée.

Presque toujours la déglutition du sang, lorsqu'elle se produit, a lieu après la naissance.

Il semblerait fort plausible que, lorsqu'une femme a présenté des hémorragies consécutives à une insersion vicieuse du placenta, l'enfant put déglutir du sang au cours de la traversée utéro-vaginale. Or, il n'en est rien. La déglutition du sang par le fœtus ne se produit jamais dans ces conditions.

Souvent la mère présente des crevasses du mamelon et c'est en tétant que l'enfant absorbe, en même temps que le lait, du sang qu'il rejette ensuite soit sous forme de melaena, soit sous forme d'hématémèse, soit par ces deux modes combinés.

L'hémorragie qui donne naissance au sang dégluti peut ne pas être maternelle. Elle peut se produire directement chez l'enfant. C'est ainsi qu'une épistaxis ou une ulcération buccale peuvent donner lieu à une déglutition de sang et par suite à du melaena.

Telles sont les causes du melaena spruria. Elles sont, on le voit, entièrement mécaniques. Le sang ne fait que traverser l'organisme,sans que la plupart du temps celui-ci soit lésé en quoi que ce soit.

Melaena vera. — Il n'en est plus de même si l'on considère les causes qui donnent naissance au melaena vera. Dans ce cas, l'enfant présente du melaena parce que son tube digestif saigne et présente assez souvent des lésions, ainsi que les principaux organes.

Voyons donc les causes qui peuvent être susceptibles de provoquer le melaena vera.

On peut les diviser en deux catégories : la première ne fera que préparer le terrain sur lequel se produira l'hémorragie. Le second ordre de causes, agissant sur ce terrain, remplira le rôle de la goutte d'eau qui fait déborder le vase et amènera la production des hémorragies intestinales.

Les causes de la première catégorie seront les causes dites *préparantes*. Celles de la seconde seront les causes dites *efficientes*.

Causes préparantes

En premier lieu se place l'*hémophylie*. Dès 1803 La Faurie, de Montpellier, avait déjà invoqué son influence. Harris, Lœssen et Sahli ont étudié cette maladie et le dernier de ces auteurs a fait remarquer qu'elle frappe les garçons et épargne les filles.

De plus, les femmes la transmettent à leurs descendants mâles, mais ne sont jamais elles-mêmes que les agents transmetteurs de cette maladie.

Dans les 11 cas que nous avons cités, nous est-il possible de mettre cette affection en cause? Il ne nous le semble pas. Sur 11 enfants ayant présenté du melaena, il y avait 5 garçons et 6 filles. Sur ces 11 enfants, 4 ont succombé, 2 garçons et 2 filles. Or, les filles ne succombent pas à l'hémophilie. Cette maladie, si elle peut être incriminée dans quelques cas, très rares d'ailleurs, ne saurait l'être dans tous.

Nous ne sommes pas le seul à ne pas retrouver l'influence de l'hémophilie. Lequeux, dans sa thèse, déclare ne pas l'avoir rencontrée une seule fois.

Il faut donc porter ailleurs nos recherches.

Syphilis. — A côté de l'hémophilie se place la syphilis dont le rôle est très important.

Pour Ribemont-Dessaignes et Lepage, le melaena est une manifestation spécifique. Telle est également l'opinion du professeur Bar.

Dans un article de *la Presse médicale* de 1904, le Dr Lop, de Marseille, déclare qu'il faut toujours rechercher la syphilis dans les cas de melaena et, allant plus loin encore, il ajoute que, si on ne la retrouve pas, il n'en faut pas moins instituer le traitement spécifique, car la syphilis méconnue est très fréquente.

Mais cette affection est souvent difficile à retrouver, car il peut arriver que la mère nie toute contamination, soit volontairement, soit par ignorance. D'autre part, il est le plus souvent impossible d'examiner le père. On en est donc réduit à chercher sur la mère les stigmates de la syphilis et si on la retrouve souvent, on ne peut souvent aussi que la soupçonner.

Causes diverses

L'hémophilie et la syphilis ne sont pas seules incriminables. Lequeux, dans sa thèse, rapporte plusieurs cas d'hémorragies chez des nouveau-nés, dont les

mères avaient présenté des affections diverses : albuminurie, mal de Bright, éclampsie.

Enfin, il faut également mettre en cause, dans la préparation du terrain, l'alcoolisme des parents, le saturnisme professionnel, en un mot, toutes les intoxications à action sclérosante.

Causes efficientes

Nous avons vu le terrain sur lequel allait évoluer la maladie. Il nous reste à déterminer les causes qui vont produire les hémorragies.

Tout d'abord la syphilis est-elle capable, à elle seule, d'amener la production d'hémorragies intestinales chez le nouveau-né ?

Le fait est rare, mais possible cependant, ainsi que le relate l'observation suivante :

OBSERVATION II (Résumée)

(Orlowski, thèse de Paris, 1897.)

Femme T..., II-pare, première grossesse normale.

Enfant mort dix-neuf jours après sa naissance, suite d'hématémèses.

Dernières règles du 4 au 7 mars 1895. Accouchement le 20 décembre à 10 h. 30 après vingt-neuf heures de travail. Sommet en O.I.D.P. Fille pesant 3.005 grammes.

Le lendemain à 9 heures du soir l'enfant rend du sang par la bouche. La température est de 37 degrés. Un peu après, hémorragie anale assez considérable. L'hémorragie se con-

tinue malgré les bains et lavements froids et l'enfant meurt à 3 h. 45.

L'autopsie et l'examen histologique font penser à la syphilis. Les examens bactériologiques restent négatifs.

Pour notre compte personnel, nous sommes obligé de déclarer que, dans aucun des cas observés par nous, il ne nous est possible d'affirmer l'influence de la syphilis d'une façon décisive et isolée.

Dans un cas, pour un enfant de 2.550 grammes, le placenta pesait 700 grammes. La mère avait présenté de l'hydramnios pendant sa grossesse. Ces symptômes font penser à la syphilis, mais ne permettent pas d'affirmer son influence.

Dans 2 autres cas la réaction de Wassermann a été faite par M. le Dr Daunay, chef du laboratoire de la clinique Tarnier, qui a bien voulu avoir l'obligeance de nous en communiquer les résultats.

Dans 1 cas on a obtenu des réactions partielles positives pour la mère et pour l'enfant. Mais il est très difficile de les interpréter, car le sérum de la mère et celui de l'enfant ont une légère action sur le système hémolytique.

Dans le second cas la réaction est négative pour la mère. Les réactions partielles sont positives pour l'enfant, mais il est impossible d'en tirer une conclusion, car le témoin destiné à servir de contrôle à la réaction faisait défaut.

Enfin, dans tous les autres cas, il nous a été impossible de retrouver la syphilis tant du côté des mères

que du côté des enfants. Ceux-ci étaient nés à terme, ne présentaient aucune lésion apparente, soit cutanée (pemphigus), soit viscérale (gros foie et grosse rate). Malgré cela nous n'en admettons pas moins, avec tous les autres auteurs, l'influence énorme de la syphilis dans la production des hémorragies, avec cette restriction que cette maladie agirait plus souvent comme cause préparante que comme cause efficiente. Telle n'est pas l'opinion de Ausses et Derodde, Gaston et Detot. Ces auteurs affirment nettement que la syphilis est capable à elle seule de produire des hémorragies chez le nouveau-né. A cela on peut objecter que, d'après ce principe, tous les nouveau-nés syphilitiques devraient saigner. Or, il n'en est rien. Bien au contraire, car si le nombre des enfants syphilitiques est considérable, celui des enfants présentant du melaena est très peu élevé.

Il faut donc qu'à l'influence de la syphilis vienne s'ajouter une autre action : c'est l'infection que jouera ce rôle.

Lequeux dans sa thèse rapporte plusieurs cas où des recherches bactériologiques démontrèrent, à côté de la syphilis, la présence d'infections dues dans un cas au colibacille, dans deux autres cas au streptocoque, dans un dernier cas au pneumo-bacille de Friedlander.

Infection isolée. — Si la syphilis est capable à elle seule de produire le melaena, l'infection, de son côté, n'a pas toujours besoin, pour agir, du secours de la spécificité.

Voyons donc quels sont les microbes capables de déterminer des hémorragies chez les nouveau-nés.

Après que Nocart et Leclainché eurent découvert en médecine vétérinaire les pasteurella, microbes spécifiques de la septicémie hémorragique des animaux, on s'attacha à rechercher les homologues de ces microbes chez l'homme. Klebs en 1874 et Eppinger en 1878 décrivirent un microbe qu'ils considérèrent comme spécifique et auquel ils donnèrent le nom de monas hemorragica. Gærtner décrivit à son tour un microbe auquel il donna son nom et qu'il considérait, lui aussi, comme spécifique.

Mais dans des recherches ultérieures tous les microbes furent retrouvés et aujourd'hui la spécificité microbienne est tombée dans l'oubli. Mais néanmoins si tous les microbes ont été observés, certains cependant paraissent plus prédisposés à produire des hémorragies.

Au premier rang il faut placer le streptocoque. Orth le premier l'a retrouvé dans le sang des petits malades. Après lui Neumann, Delestre, Jeannin, Curton rapportent des observations de cas où ils l'ont retrouvé. Lequeux, dans sa thèse, rapporte 3 cas où le streptocoque seul était en cause et déclare que les infections sanguines des nouveau-nés sont primitivement streptococciques.

Mais le streptocoque n'est pas le seul microbe à mettre en cause. Klebs et Eppinger avaient décrit la monas hemorragica ; Gaertner avait attribué un rôle à son bacille. Neumann et Nicholson à leur tour

accusent le bacille pyocyanique, Monnier le colibacille, Perret le bacille d'Eberth, Rathery le pneumocoque, Schæffer le bacillus lactis aerogenes. Porak et Katz rapportent des cas d'hémorragies survenues dans des septicémies diverses. Lequeux, dans ses recherches bactériologiques, a souvent rencontré un cocco-bacille présentant les plus grandes analogies avec le pneumo-bacille de Friedlander.

D'autre part le pneumo-bacille et le bacillus lactis aerogenes ont été identifiés par Grimbert et Legros.

Or, le bacillus lactis aerogenes est un hôte habituel de l'intestin du nouveau-né. On peut donc se demander si dans certaines conditions favorables à son développement ce bacille n'acquiert pas la virulence nécessaire pour produire l'infection généralisée et les hémorragies consécutives à cette infection.

Allons plus loin encore. Le cocco-bacille rencontré par Lequeux présente des caractères morphologiques très semblables à ceux décrits par Nocard et Leclainché chez les pasteurella. Ces micro-organismes, spécifiques chez les animaux, ne seraient-ils pas capables de produire des hémorragies chez le nouveau-né ? On pourrait être tenté de l'admettre. Mais nous devons avouer que ce n'est là qu'une hypothèse encore non vérifiée et au sujet de laquelle de sérieux doutes sont permis. Mais toutes les infections hémorragipares ne sont pas monomicrobiennes et nombreux sont les cas où on a retrouvé plusieurs microbes associés.

C'est ainsi qu'Eleanor Kilham, en 1899, au cours de recherches bactériologiques, a trouvé :

Le streptocoque seul ;

Le streptocoque associé au pneumocoque ;

Le bacille pyocyanique seul ;

Le bacille pyocyanique et le staphylocoque ;

Le bacillus lactis aerogenes ;

Le pneumo-bacille de Friedlander ;

Le bacille de Gaertner ;

Le bacille de Kolb.

Résumons à présent tout ce qui précède. L'infection est la cause qui détermine le plus souvent l'apparition du melaena chez le nouveau-né. Mais les infections, chez ces êtres, sont soumises aux mêmes lois que chez les adultes. Leur étude comporte donc celle du terrain dont elles ont besoin pour se développer et celle du microbe.

Le terrain. — Il est préparé par toutes les causes qui mettent l'enfant en état de moindre résistance. Ainsi agissent une mauvaise hygiène, la misère physiologique, le fait d'être né avant terme.

Joignons à cela l'héritage des ascendants qui peuvent être atteints d'affections diverses ou lésés par des intoxications dont le résultat est la sclérose : c'est ainsi qu'agissent l'alcoolisme, le saturnisme, le mal de Bright, l'éclampsie et, se plaçant au premier rang bien avant toutes les autres actions, la syphilis.

L'infection. — Le terrain étant ainsi préparé,

l'hémorragie a besoin, pour se produire, d'un second facteur : il est réalisé par l'infection.

Et de quelle nature est cette infection ?

Est-ce une septicémie ? Ce n'est pas nécessaire, car une infection légère peut suffire pour amener des hémorragies.

L'influence de l'infection étant établie, il nous reste à déterminer maintenant d'où elle provient, à quel moment elle frappe l'enfant et quelles voies elle est obligée de suivre.

Origine de l'infection. — L'origine de l'infection n'est pas discutable. Elle ne peut être qu'hétérogène.

Voyons quelles sont les personnes susceptibles de transmettre à l'enfant les microbes nécessaires à la production des hémorragies.

En première ligne se place la mère. L'infection peut avoir lieu *in utero*. C'est le cas des enfants nés de mères infectées avant l'accouchement.

Lequeux rapporte 2 cas où des femmes atteintes de pyélonéphrite colibacillaire donnèrent naissance à des enfants qui présentèrent des hémorragies.

Les enfants ne sont pas toujours infectés *in utero*. Ils peuvent l'être également *post partum*.

L'infection peut alors préexister à l'accouchement et ne produire de manifestations qu'après.

Il peut arriver aussi qu'elle ne préexiste pas à l'accouchement. Dans ce cas elle se déclare très rapidement après, chez la mère et chez l'enfant.

On a également signalé des cas où l'enfant avait

trouvé les microbes nécessaires à la production de l'infection au niveau du mamelon maternel.

L'infection n'est pas toujours d'origine maternelle. Elle peut être transmise à l'enfant par tous ceux qui l'approchent (médecin, sage-femme, infirmière) et qui peuvent, soit être infectés eux-mêmes, soit servir d'intermédiaires entre la personne infectée et l'enfant.

Ce mode de contamination est très important à connaître car, dans une maternité, la même personne peut contaminer à son insu un grand nombre de nouveau-nés et amener ainsi la production d'épidémies qui, lorsqu'elles se manifestent par des hémorragies, prennent le nom d'épidémie hémorragique du nouveau-né. Doléris en a signalé une dans son service. Il s'en produisit également une, très atténuée toutefois, à la maternité de Saint-Antoine vers la fin de 1904.

Portes d'entrée de l'infection. — Nous devons maintenant nous demander quelles sont les parties de l'organisme primitivement atteintes par les germes morbides, autrement dit quelles sont les portes d'entrée de l'infection.

En premier lieu il faut placer l'ombilic. Il y a là, en effet, une plaie dont l'infection a tôt fait de prendre possession.

En second lieu vient le tube digestif. Il s'agit d'enfants mal nourris ou dont l'alimentation est mal conduite. Ceux-là aussi s'infectent très facilement.

Enfin l'infection peut pénétrer dans l'organisme par la voie pulmonaire, ou encore par toutes les solutions de continuité des téguments. Ces deux derniers modes d'invasion sont les plus rares.

Voies suivies par les microbes. — Une fois dans l'organisme que deviennent les microbes?

Quelle que soit la voie qu'ils aient suivie pour pénétrer dans l'organisme de l'enfant, ils doivent passer par un premier relais qui est le foie.

En effet cet organe, chez le nouveau-né comme chez l'adulte, est une barrière interposée entre l'organisme et les infections venues du dehors.

Nous devons maintenant nous demander par où passent les microbes pour arriver à cet organe. Dans les infections ayant pour porte d'entrée le tube digestif, c est la circulation porte qui leur sert de véhicule. Lorsqu'ils ont pénétré par la cicatrice ombilicale, ils suivent la veine ombilicale.

Malheureusement, la fonction antitoxique du foie est bien moins développée chez l'enfant que chez l'adulte. Elle l'est même tellement peu que l'enfant, dans les premiers jours de sa vie, réagit très mal contre les infections qui trouvent dès lors chez lui un terrain admirable pour se développer.

Nous venons de passer en revue les causes du melœna. Il nous faut voir maintenant comment l'infection agit pour produire les hémorragies, autrement dit quelles lésions elle détermine dans l'organisme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'autopsie on trouve le plus souvent l'intestin rempli d'un liquide hémorragique dont l'aspect est très changeant : c'est tantôt du sang pur, tantôt un liquide sirupeux renfermant des grumeaux. Sa couleur peut parcourir toute la gamme des intermédiaires entre le rouge vif et le rouge noir.

La muqueuse intestinale est le plus souvent congestionnée et peut présenter des ulcérations.

La congestion peut manquer. Lorsqu'elle existe, elle est susceptible d'offrir tous les degrés, depuis la simple dilatation des petits vaisseaux, les taches purpuriques, jusqu'à de vastes ecchymoses sous-muqueuses.

On trouve des ulcérations intestinales dans 40 o/o des cas environ. Au niveau de l'ulcération la muqueuse est le siège d'une congestion vive et diffuse. L'ulcération est parfois difficile à trouver. Ses endroits de prédilection sont près du pylore et au voisinage de l'ampoule de Vater. Elle peut être arrondie, plus ou moins régulière, taillée à l'emporte-pièce.

Elle peut encore affecter la forme d'un demi-cercle, simulant un coup d'ongle. Ses dimensions varient le plus souvent entre 5 et 10 millimètres.

Sa profondeur est variable, allant d'une simple érosion jusqu'à la perforation.

Généralement l'ulcération n'intéresse que la muqueuse. Elle peut intéresser, mais plus rarement la musculeuse et, plus rarement encore, la séreuse.

Le fond de l'ulcération est rougeâtre, parfois obstrué par un caillot.

A la surface extérieure de l'intestin, au point correspondant à l'ulcération on trouve parfois des traînées ecchymotiques.

L'intestin n'est pas le seul organe atteint.

Comme l'organisme est soumis à une intoxication générale, tous les viscères sont frappés.

Le plus lésé est le foie. Cet organe peut présenter des lésions de deux ordres. Les unes sont anciennes. Telles sont la cirrhose syphilitique et les hyperplasies interstitielles. A côté de ces lésions anciennes on trouve des lésions aiguës, atteignant soit le parenchyme, soit le tissu interstitiel. Dans le premier cas elles se traduisent par la tuméfaction trouble du protoplasme, les dégénérescences vacuolaires et graisseuses.

Au niveau du tissu interstitiel on observe des nodules infectieux périportaux et parfois une véritable diapédèse. On peut encore trouver de la congestion et des hémorragies parfois énormes.

Enfin on rencontre des infiltrations de pigments

ferriques dans les cellules hépatiques où ils se déposent à l'état de fines granulations noires.

La rate présente également des lésions. On constate une division folliculaire et une évolution myéloïde. On rencontre également d'abondants macrophages chargés de pigments ferriques (Lequeux).

Du côté des reins on peut trouver des lésions hémorragiques plus ou moins intenses et des altérations dégénératives des cellules.

Les capsules surrénales sont généralement normales.

Le sang présente également diverses modifications.

On note tout d'abord une polyglobulie pouvant atteindre 9.000.000 d'hématies. Mais pour la constater il faut faire la numération de très bonne heure, car à la polyglobulie fait suite, dès le second jour, une hypoglobulie. C'est ainsi que, dans une de nos observations, le nombre des globules était tombé à 2.248.000 le lendemain de l'apparition du melaena. On observe également des hématies nucléées et de la poïkylocytose.

On trouve des modifications du côté des globules blancs. On observe une leucocytose, pouvant atteindre 28.000, 30.000 et même 32.000 leucocytes. Pour Lequeux l'intensité de cette leucocytose serait en raison directe de la gravité de l'affection.

Étudions maintenant les modifications de la formule leucocytaire.

Il se produit tout d'abord une polynucléose qui,

dans les cas aboutissant à la mort, s'accentue de plus en plus.

On trouve enfin des modifications du côté du sérum sanguin.

Ce liquide est hématolysé. La coagulation présente parfois un retard considérable et il arrive souvent qu'elle ne se soit pas encore produite au bout d'une demi-heure. La rétraction du caillot est également retardée, mais elle a toujours lieu (Lequeux).

Nous venons de voir les lésions qu'on peut trouver chez les nouveau-nés ayant présenté du melaena. Il faut nous demander maintenant comment ces lésions peuvent agir pour déterminer l'hémorragie.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des hémorragies intestinales chez le nouveau-né est encore très obscure et à ce sujet on en est réduit à des hypothèses.

Laissons de côté les recherches des premiers auteurs qui se sont occupés de la question et sont arrivés à des conclusions infirmées depuis. Nous avons constaté que la plupart des auteurs qui ont traité ce sujet ont passé sous silence la question de la pathogénie ou en ont parlé si brièvement qu'il est impossible d'en tirer des conclusions.

C'est ainsi que Thellier, dans sa thèse, incrimine l'incoagulabilité du sang, les altérations des parois vasculaires, et se hâte de passer à un autre chapitre.

De tous les auteurs récents, Lequeux est le seul qui se soit livré à une étude approfondie de la question. Il a émis des hypothèses assez séduisantes. Nous les résumons brièvement.

Les parois vasculaires sont plus ou moins altérées par la diapédèse intense qui s'effectue à leur niveau et présentent des lésions de sclérose dans la production desquelles la syphilis joue un rôle prépondérant.

Le sang est également modifié. Sa masse est aug-

mentée, il présente des phénomènes d'hématolyse et sa coagulabilité est considérablement diminuée du fait des lésions du foie. Cet organe accumule ou même sécrète des produits anticoagulants qu'il déverse dans la circulation générale.

Il faut joindre à cela des altérations de la vaso-motricité amenant une vaso-dilatation considérable.

Les meilleures conditions sont ainsi réunies pour favoriser la rupture vasculaire sans aucune tendance à la cessation de l'hémorragie, puisque le sang est devenu presque incoagulable.

Mais ce ne sont là que des hypothèses. Leur auteur lui-même déclare que les recherches expérimentales qu'il a faites pour essayer de produire des hémorragies chez des animaux n'ont donné lieu à aucun résultat : les animaux en expérience ont succombé soit à l'infection, soit à une hémorragie post-opératoire. Il est vrai qu'il est très difficile de réaliser chez des animaux sains, par des opérations, le tableau clinique observé chez le nouveau-né. En effet on tente de produire d'une façon brutale et quasi-instantanée des lésions que la nature a lentement produites.

En définitive, la question de la pathogénie de l'affection qui nous occupe est encore pleine d'obscurité. On en est réduit à des hypothèses presque impossibles à vérifier expérimentalement, étant donné le jeune âge des animaux sur lesquels on est obligé de faire des recherches et leur faiblesse de résistance vis-à-vis du shock opératoire et de l'infection.

SYMPTOMATOLOGIE

Pour étudier la symptomatologie et l'évolution du melœna chez le nouveau-né, il faut tout d'abord faire la distinction entre le melaena spruria et le melaena vera.

En effet, les deux types étant dus à des causes tout à fait différentes sont loin de présenter la même symptomatologie.

Il y a un symptôme commun, le melaena, précédé ou accompagné d'hématémèses. Mais tout se borne là dans les cas de melaena spruria.

Les altérations de l'état général, si fréquentes dans le melaena vera font complètement défaut.

Souvent on l'observe chez des enfants vigoureux.

L'affection débute le plus souvent dès que l'enfant, mis au sein de la mère ou de la nourrice, a digéré le sang qu'il a dégluti. Il suffit de supprimer l'allaitement au sein ou de donner à l'enfant une nourrice dont les mamelons ne présentent pas de crevasses pour voir disparaître les évacuations de sang.

Il en est tout autrement dans le cas de melaena vera. Ce mode d'hémorragie s'accompagne d'altérations profondes de l'état général.

Voyons comment les phénomènes se passent.

Généralement le melaena est accompagné d'hématémèses ; nous avons vu au début de cet ouvrage dans quelles proportions. C'est entre le cinquième et le dixième jour après la naissance que le melaena fait son apparition. L'enfant est souvent un peu affaibli, mais, sauf dans les cas où il présente des lésions syphilitiques, rien ne peut faire prévoir l'apparition de l'accident qui nous occupe.

Souvent c'est l'hématémèse qui ouvre la scène. Le sang ainsi rendu peut être du sang pur. Il peut arriver que les matières vomies ne soient pas nettement sanglantes. Elles peuvent présenter une teinte plus ou moins noirâtre et ressembler à du marc de café.

Puis le même jour ou le lendemain de l'apparition de l'hématémèse, on constate le melaena. En changeant les langes de l'enfant, on s'aperçoit qu'il a rendu une quantité plus ou moins abondante de sang ou de matières sanglantes.

Le sang peut être liquide et teinter nettement les couches de l'enfant en rouge. Le diagnostic est alors aisé.

Mais dans la plupart des cas, le sang est plus ou moins intimement mélangé aux matières auxquelles il donne une teinte plus ou moins noirâtre. Nous verrons plus loin comment on reconnaît la présence du sang dans les garde-robes.

L'hématémèse et le melaena se répètent plusieurs fois pendant deux ou trois jours. Au bout de ce temps l'affection évolue vers la guérison ou vers la mort.

Dans les cas heureux les vomissements cessent et les garde-robes reprennent peu à peu leur teinte normale.

Il arrive fréquemment qu'en dehors des hématémèses le melaena s'accompagne d'autres hémorragies. Elles peuvent avoir lieu au niveau du poumon.

Elles peuvent se produire également au niveau du foie. Dans ces organes, elles ne se traduisent par aucune manifestation extérieure et sont des trouvailles d'autopsie.

Elles peuvent se produire, et c'est là le mode le plus fréquent, au niveau de la cicatrice ombilicale...

Enfin elles peuvent prendre naissance au niveau des piqûres faites dans un but thérapeutique, ou des scarifications vaccinales.

Dans ces divers cas, l'hémorragie n'a souvent aucune tendance à l'arrêt. Le sang suinte sans cesse ou s'écoule goutte à goutte, en dépit de tous les pansements compressifs.

Il peut arriver que le sang, ne s'écoulant pas au dehors, manifeste son extravasation par l'apparition de taches purpuriques ou ecchymosiques.

Enfin, mais plus rarement, on peut observer des hémorragies au niveau des muqueuses buccale ou vésicale.

L'état général est modifié et devient rapidement très grave. Ces modifications peuvent précéder l'apparition du melaena.

La respiration est rapide. Les extrémités sont froides et cyanosées. Très souvent on observe de

l'ictère. Mais ce dernier phénomène est fréquemment masqué par la cyanose. Nous verrons plus loin comment on peut le mettre en évidence.

Le teint est terreux, le cri plaintif. Parfois l'abdomen est météorisé. Ce fait n'est pas constant, car on peut rencontrer des cas où l'abdomen est flasque.

Enfin il arrive parfois que toutes les tentatives faites pour alimenter l'enfant restent infructueuses, car son estomac ne tolère rien et rejette immédiatement tout ce qu'on y a introduit.

La température n'offre pas de caractère pathognomonique. Descendant souvent au-dessous de la normale, elle est susceptible de s'élever dans les cas où il y a de l'infection.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Le pronostic est excessivement bénin pour le melaena spruria. Dans ce type, en effet, la guérison s'observe dans la totalité des cas.

Il n'en est plus de même dans les cas de melaena vera.

En dépit des assertions de Hesse et de Grynfelt qui le considéraient comme un phénomène salutaire destiné à remédier à la pléthore sanguine, le melœna vera offre un pronostic sombre.

L'examen de diverses statistiques nous montre en effet que :

Kling porte le chiffre de la mortalité à 35 o/o;

Oui et Dussers portent le chiffre de la mortalité à 52 o/o;

Minot à 84 o/o.

Sur les 11 enfants dont nous avons trouvé les observations, 4 ont succombé, ce qui fait un taux de mortalité s'élevant aux environs de 4 o/o.

Le pronostic est basé sur le nombre d'évacuations sanguines, sur la quantité de sang rejeté au dehors, sur l'intensité de l'infection, d'origine microbienne ou syphilitique.

Lorsque les hémorragies persistent abondantes pendant plus de quarante-huit heures, la terminaison est fatale dans la plupart des cas.

L'enfant est de plus en plus pâle, le teint est cireux, le cri devient plus rare et plus faible et l'enfant meurt, littéralement exsangue.

Dans les cas qui se terminent par la guérison le melaena disparaît généralement au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Il peut parfois persister cinq à six jours.

Les hémorragies deviennent de moins en moins abondantes. En même temps, les phénomènes généraux s'amendent. Mais l'enfant reste pâle et anémié pendant quelque temps et ne recupère son poids qu'au bout de quelques semaines.

Disons enfin que la coexistence d'autres hémorragies aggrave singulièrement le pronostic.

DIAGNOSTIC

Quels sont les éléments qui vont nous permettre de diagnostiquer le melaena, d'abord, sa forme, ensuite ?

Si le sang est rendu pur, le diagnostic s'impose. Mais le sang peut être mélangé au méconium et le diagnostic peut être alors rendu difficile.

Tout d'abord le méconium imprégné de sang est noir. En outre le sang donne lieu à la formation sur les langes d'un cercle de couleur rose pâle entourant les déjections et teinte l'eau de lavage des langes en rose.

L'examen spectroscopique de cette eau de lavage montre l'existence des bandes caractéristiques de l'hémoglobine. Il est également possible de confirmer le diagnostic au moyen de recherches microscopiques et chimiques. Dans le cas de melaena, l'examen microscopique décélera la présence de globules rouges dans les matières examinées. Enfin on peut démontrer chimiquement la présence du sang dans les fèces par des réactions dont la plus simple est celle fournie par la teinture de gaïac. Si on ajoute à cette substance de l'essence térébenthine et les

matières suspectes, le mélange, s'il contient du sang, prend presque aussitôt ou au bout de quelques minutes une coloration d'un bleu plus ou moins pur qui augmente rapidement d'intensité et devient extrêmement foncée si le sang est en abondance.

Les examens microscopiques, spectroscopiques et chimiques nous permettent donc d'affirmer que les garde-robes contiennent du sang.

Le diagnostic de melœna étant posé, il s'agira de déterminer en présence de quelle forme on se trouve.

Tout d'abord, si un enfant présente du melaena, on commencera par examiner les seins de la femme qui le nourrit afin de voir si elle n'a pas de crevasses au niveau de ses mamelons.

Il ne faudra pas manquer d'inspecter la bouche de l'enfant, car le sang peut venir de blessures faites à la langue au cours de manœuvres de respiration artificielle au moyen de tractions rythmées de la langue.

Ces investigations n'ayant donné lieu à aucun résultat, faut-il en conclure qu'on se trouve en face d'un melaena vera ?

Il ne nous le semble pas. En effet, il faut encore éliminer deux affections susceptibles de produire un melaena dont les causes sont mécaniques et qu'on ne peut cependant appeler spruria, car il est toujours mortel :

Une fracture de la base du crâne est susceptible de produire une épistaxis qui pourra ne pas se mani-

fester à l'extérieur. Le sang passera alors des fosses nasales dans le tube digestif et sera éliminé sous forme de melaena ou sous forme d'hématémèse.

L'invagination intestinale peut également s'accompagner de melaena. Mais elle ne s'observe pour ainsi dire jamais chez les nouveau-nés.

Le melaena dû à ces deux dernières causes ne peut pas être dénommé *vera*, car il ne s'accompagne pas des altérations des divers organes qu'on retrouve dans le melaena vera. Il ne constitue qu'un symptôme des affections qui lui ont donné naissance : ce sont elles qui tuent l'enfant. Ce n'est pas le melaena.

Arrivons maintenant au melaena vera et voyons par quels éléments nous en ferons le diagnostic.

Tout d'abord nous rechercherons si la syphilis n'est pas en cause. L'examen devra porter du côté du foie et de la rate, vérifier si ces organes sont hypertrophiés, ce qui serait un précieux indice de syphilis. Il faudra également rechercher du côté de la peau les lésions pemphigoïdes qui peuvent s'y trouver.

En second lieu, nous avons dit que le melaena vera s'accompagne très fréquemment d'ictère. Nous avons ajouté que cet ictère pouvait être masqué par la cyanose. La chimie et la spectroscopie nous permettent de le mettre en évidence. On pourra pratiquer sur les urines la réaction de Hay et celle de Gmelin. Il peut arriver que ces réactions restent négatives. Dans ce cas on pourra examiner au spectroscope le liquide céphalo-rachidien des nouveau-

nés observés. Cet examen spectroscopique fera constater la présence des bandes d'absorption caractéristiques des pigments biliaires dans le liquide.

Enfin les phénomènes généraux éclairent singulièrement le diagnostic et permettent parfois de soupçonner l'hémorragie avant l'apparition du melaena.

TRAITEMENT

Il nous reste à parler du traitement à instituer chez un nouveau-né présentant du melaena.

S'il s'agit de melaena spruria, il suffira de retirer l'enfant du sein de la mère ou de la nourrice et de lui donner à téter un sein dont les mamelons soient exempts de gerçures ou de crevasses.

Dans les cas de melaena vera il faudra tout d'abord rechercher l'existence de la syphilis. Si on la retrouve on devra instituer un traitement mercuriel intensif, soit au moyen de la liqueur de van Swieten dont on pourra donner XX gouttes par jour, soit au moyen de frictions à l'onguent napolitain. Il faut autant que possible éviter de faire des piqûres car elles peuvent devenir une source d'hémorragies.

A côté de ce traitement causal il faudra également lutter contre l'hémorragie.

Tout d'abord l'alimentation devra être très réduite. Le premier jour on pourra mettre l'enfant à la diète hydrique. On lui fera prendre à la cuillère de l'eau bouillie. Dès le lendemain on pourra reprendre l'alimentation. Il ne faut pas laisser téter l'enfant, afin

de lui éviter tout effort. On lui donnera à la cuillère 10 à 20 grammes de lait deux fois par jour. Une plus grande quantité exposerait l'enfant à des vomissements, car l'intolérance gastrique, déjà grande chez le nouveau-né malade, est considérablement accrue lorsque l'enfant présente des hémorragies.

Parmi les moyens employés pour lutter contre l'hémorragie, nous en citerons tout d'abord quelques-uns qui n'ont plus qu'une valeur historique.

Telles sont les émissions sanguines par le cordon ou l'application de sangsues à l'anus (Billard, Barrier), les compresses froides (Rilliet et Barthez), la vessie de glace sur le ventre, les boissons légèrement acidulées avec du sirop de coings ou de l'eau de Rabel.

La thérapeutique actuelle possède des moyens plus actifs dans la lutte contre l'affection qui nous occupe.

Cette thérapeutique doit s'attacher à remplir un triple but :

1° Combattre l'hypothermie ;

2° Maintenir les forces ;

3° Arrêter l'hémorragie.

L'hypothermie sera combattue par des frictions alcooliques, des bains à 38 degrés, simples ou sinapisés.

A l'hôpital, on mettra l'enfant en couveuse. En clientèle, lorsqu'on n'aura pas de couveuse à portée, on pourra arriver au même résultat en enveloppant

l'enfant avec de l'ouate et en l'entourant de boules d'eau chaude.

On maintiendra les forces au moyen de l'alimentation, comme nous avons dit plus haut.

Certains auteurs préconisent la diète, soit absolue (Manget), soit hydrique. Ce dernier mode est indiqué par un élève du professeur Pinard, le Dr Vicq.

Cet auteur, à la fin de sa thèse, émet les conclusions suivantes au sujet de l'alimentation :

On devra, en présence d'un nouveau-né présentant du melaena : supprimer l'alimentation ; donner toutes les heures ou toutes les deux heures une à deux cuillères à bouche d'eau bouillie pour calmer la soif.

Mais un enfant qui présente du melaena est considérablement affaibli par les hémorragies et il ne semble pas que la diète à laquelle on propose de le soumettre soit faite pour tonifier cet organisme déjà débilité.

Nous croyons donc qu'il est préférable d'alimenter l'enfant en prenant les précautions que nous avons indiquées au début du chapitre.

Nous arrivons enfin à la lutte contre l'hémorragie.

Oui a proposé de produire une vaso-constriction gastro-intestinale. On arriverait à ce résultat en administrant de la glace divisée en petits fragments dans du lait.

On conseillait de faire boire à l'enfant, par cuillères à café de l'eau ou du lait glacé, additionné de quelques gouttes d'eau-de-vie.

Ribemont a vanté le perchlorure de fer à la dose

de III à V gouttes dans de l'eau. La valeur hémostatique de ce corps donne actuellement lieu à de sérieux doutes.

On a tour à tour conseillé et proscrit le tanin, le ratanhia, l'ergotine, le nitrate d'argent, l'alun. Tous ces vaso-constricteurs sont aujourd'hui délaissés au profit d'agents thérapeutiques plus actifs.

C'est ainsi que Vicq conseille d'administrer l'adrénaline. On peut faire prendre dans de l'eau I ou II gouttes par jour de la solution au 1/1000.

Bien avant ces auteurs, le principe de cette méthode avait été utilisé. Emmet Holt (*Arch. f. Pediatrie*, avril 1902) rapporte un cas de melaena où il obtint la guérison, en administrant non pas de l'adrénaline, mais de l'extrait capsulaire.

Lequeux reprit ce mode de traitement et obtint plusieurs bons résultats.

Il employait l'extrait surrénal Carrion dont il faisait des injections dans la fesse à la dose de 1 centimètre cube par jour. Lorsqu'on emploie ce médicament, il faut avoir soin de l'injecter profondément, car la vaso-constriction produite pourrait, si on avait pratiqué une injection hypodermique, amener la formation de plaques de sphacèle au niveau de la peau.

On a objecté à cette médication que la vaso-constriction qu'elle produisait était suivie d'une vaso-dilatation dangereuse.

A cela, les défenseurs de la méthode répondent qu'on peut répéter les injections et injecter 1 centimètre cube pendant plusieurs jours de suite afin de

maintenir la vaso-constriction et retarder le plus possible l'apparition de la vaso-dilatation.

Actuellement on tend à délaisser les médicaments vaso-constricteurs au profit des agents coagulants.

On peut utiliser le chlorure de calcium en potion à 1/50 dont on pourra donner quatre à cinq cuillères à café par jour.

Enfin il est un médicament fort prôné par un grand nombre de thérapeutes ; c'est la gélatine.

Son emploi remonte à une vingtaine d'années environ.

Guttmann est le premier qui l'ait utilisée. Se trouvant en présence d'un cas de melaena, il fit dissoudre trois feuilles de gélatine dans un quart de litre d'eau chaude et administra cette solution moitié en lavement, moitié par la voie stomacale. Il obtint la guérison par ce traitement.

Après lui, Commandeur emploie le sérum gélatiné en lavements à la dose de 5 à 8 centimètres cubes et rapporte 2 cas traités par ce procédé et terminés par la guérison.

Tessier rapporte 1 cas où il obtint la guérison en administrant du sérum gélatiné par la bouche, à raison de 4 grammes de gélatine par jour.

Actuellement on utilise le sérum gélatiné à 1 ou 2 o/o en injections qu'on peut faire au nombre de deux et même trois dans la journée, à la dose de 10 centimètres cubes chaque fois.

On a fait à la gélatine un reproche très sérieux : elle est un excellent milieu de culture pour le bacille

du tétanos, le bacille de Nicolaïer. C'est pourquoi, lorsqu'on fera usage de sérum gélatiné, on aura soin de stériliser préalablement à l'autoclave à la température de 115 à 120 degrés, et ne pas craindre de prolonger le séjour dans l'autoclave.

Enfin, il faudra essayer de relever l'état général. Ce résultat pourra être obtenu par des inhalations d'oxygène, des injections d'éther ou d'huile camphrée.

Pour contre-balancer les effets de l'anémie on fera usage des injections de sérum physiologique à la dose de 20 centimètres cubes renouvelées deux et même trois fois dans la journée.

Mais, nous le répétons, les piqûres faites à la peau dans le but d'introduire des médicaments constituent un danger considérable, car elles peuvent ne pas se refermer et devenir la source d'hémorragies intarissables contre lesquelles les pansements compressifs resteront impuissants, ainsi que toutes les médications hémostatiques.

Bref, le traitement du melœna du nouveau-né peut se résumer ainsi : alimentation très restreinte, gélatine, sérum. C'est ainsi qu'il est institué à la clinique Tarnier où il donne d'excellents résultats.

Mais il ne faut pas s'illusionner sur les effets de la thérapeutique. Il arrive souvent qu'elle reste impuissante et dans les cas malheureux (ils sont nombreux) elle ne fait que retarder, sans pouvoir l'empêcher, l'issue fatale.

OBSERVATION III

Marie J..., secondipare de vingt-huit ans.

Elle a marché à treize mois, a été réglée à dix-sept ans, d'une façon régulière.

A déjà accouché à terme d'un garçon vivant, bien portant actuellement.

Les dernières règles sont du 20 au 25 février 1908.

Le travail débute le 5 décembre à 8 heures du soir. Elle monte à la salle de travail le 6 décembre à 3 heures du matin avec une dilatation de 2 francs.

A 5 heures du matin, dilatation complète et rupture spontanée de la poche des eaux.

A 5 h. 25, la femme accouche spontanément d'une fille vivante du poids de 3.650 grammes.

A 5 h. 45, délivrance naturelle et complète. Le placenta pèse 380 grammes.

6 décembre. — On constate un melaena abondant chez le nouveau-né. Le foie et la rate sont gros.

On ne trouve pas de pemphigus. Pas de syphilis dans les antécédents paternels et maternels.

7 décembre. — Le melaena continue sans autre hémorragie.

8 décembre. — Le cordon saigne légèrement, le melaena persiste. L'état général est bon.

8 décembre, à 5 heures du soir. — Les selles sont noires, tirant sur le vert et semblent ne plus contenir de sang. Elles sont fétides et présentent une odeur nette de gibier faisandé. L'état général est bon.

L'hémorragie ombilicale a cessé.

Étant donné l'amélioration on n'institue pas de traitement.

9 décembre. — Les selles sont vertes et ne contiennent plus de sang.

OBSERVATION IV

Mathilde R..., primipare. âgée de vingt-six ans.

Elle a marché à dix-huit mois, a été réglée à douze ans.

Les dernières règles datent du 3 au 8 mars 1908.

Elle a présenté des vomissements jusqu'au sixième mois de sa grossesse.

Le travail débute le 25 décembre 1908 à 4 heures du soir. La parturiente monte à la salle de travail le 27 décembre à 8 heures du matin avec une dilatation de 2 francs.

La dilatation est complète le 29 décembre à 3 heures du matin.

A la rupture des membranes, opérée spontanément, il s'écoule peu de liquide.

A 3 h. 45, la femme expulse un garçon vivant du poids de 3.700 grammes.

Le placenta pèse 680 grammes.

31 décembre, au matin. — On trouve, en faisant la toilette de l'enfant que :

Du sang a été rendu par la bouche, par le nez, par l'ombilic.

On remarque des ecchymoses à la face antérieure du genou.

L'état général est mauvais. Le cri est faible, plaintif. La température est de 36°8.

Le foie ne paraît pas gros, la rate non plus. La fontanelle est déprimée.

On ne trouve rien dans la bouche.

La mère examinée ne présente pas de lésions syphilitiques et dit n'avoir été jamais malade, pas plus que son mari.

A 11 heures, on injecte à l'enfant sous l'omoplate droite 1 centimètre cube d'extrait capsulaire injectable.

A 2 heures, l'enfant présente une épistaxis et une hémorragie par l'ombilic.

A 5 heures, on voit des ecchymoses nouvelles sur la jambe gauche. L'épistaxis et l'hémorragie ombilicale continuent.

L'état général est grave.

On note une ecchymose au niveau de l'omoplate gauche. Rien au niveau de la piqûre.

Le teint est terreux. L'enfant pousse des cris plaintifs. On lui fait une nouvelle injection d'extrait capsulaire.

1er janvier 1909. — Depuis minuit l'enfant n'a plus saigné. Au niveau des piqûres on ne remarque qu'une simple ecchymose.

L'état général est un peu meilleur. Le facies est toujours terreux. La température est de 37°2.

A 9 heures du matin on lui fait une injection de 1 centimètre cube d'extrait capsulaire surrénal.

A 2 heures du soir l'enfant du melaena et une très légère épistaxis.

A 6 heures du soir, il présente du melaena et une très légère hémorragie par la bouche.

L'état général n'est pas mauvais, mais le cri est plaintif. La température est de 37°3.

On injecte trois quarts de centimètre cube d'extrait capsulaire.

2 janvier 1909. — L'enfant crie sans discontinuer. La température est de 39°2. A part le melaena qui continue il n'y a pas d'hémorragie nouvelle. Les fontanelles sont un peu tendues.

A 10 heures du matin injection d'un centimètre cube d'extrait capsulaire.

Il meurt dans la journée.

OBSERVATION V

Rose J..., primipare de vingt-quatre ans.

Elle a marché à neuf mois, a été réglée à quinze ans.

Les dernières règles sont du 20 au 24 mars 1908. Les urines n'ont jamais présenté d'albumine.

Le promontoire est accessible a 10 cm. 9. Le bassin est légèrement aplati d'avant en arrière.

Le travail débute le 18 février 1909 à 3 h. 30 du matin.

Elle vient à la salle de travail le 19 janvier à minuit avec une dilatation de 50 centimes. La dilatation est complète à 2 heures du soir.

A 2 h. 45 elle accouche spontanément d'une fille vivante pesant 2.055 grammes.

A 3 h. 25 délivrance naturelle. Le placenta pèse 375 gr.

21 janvier. — Au soir, l'enfant rend en abondance par la bouche et le rectum du sang noir.

Le foie et la rate sont normaux. One ne constate aucune lésion de syphilis cutanée, pas d'adénopathie ni de lésion au niveau des muqueuses.

Le père est, paraît-il bien portant.

L'enfant a mauvais aspect.

Sa température est de 36°6. On le met en couveuse.

22 janvier.— L'enfant présente du melœna rouge. Sa température est de 39°4. Il a très mauvais aspect. Le facies est pâle, terreux. Le cri est rare, plaintif. L'enfant présente un amaigrissement marqué. Le foie et la rate paraissent normaux.

L'enfant est mis à la diète absolue et monté à l'isolement.

A 4 heures du soir sa température est de 35°8.

Il crie mal. On lui donne une bain sinapisé.

Les couches sont teintées de sang rouge.

Du cordon qui n'est pas tombé s'échappent quelques gouttes de sang.

Comme alimentation diète hydrique. L'enfant boit difficilement et vomit ensuite.

L'état général est mauvais. Les facies est grippé.

23 janvier. — L'enfant semble aller mieux. Son cri est moins plaintif.

La température est de 39°4. On lui donne un bain sinapisé.

Il n'a pas d'ictère. Depuis la veille il n'a pas vomi. On lui donne une tétée de lait et une tétée d'eau de 15 grammes chacune.

A 4 heures du soir la température est de 35°2. On lui donne un bain sinapisé.

A 5 heures du soir l'enfant a une selle noire où on ne retrouve pas de sang. L'état général semble meilleur. Sa teinte est rosée. Dans la soirée il vomit un liquide mousseux teinté de sang.

24 janvier. — L'enfant a eu deux selles noires dans la nuit. De la vulve s'écoulent quelques gouttes de sang.

A 6 heures du matin la température est de 35 degrés. On lui donne un bain chaud.

A 4 heures du soir, l'enfant qui buvait très bien depuis deux jours a eu de la difficulté à prendre les 15 grammes de sa dernière tétée. Sa température est de 35 degrés. Il a une selle noire.

25 janvier. — L'enfant a eu deux selles noires dans la nuit. Il boit difficilement.

A 2 heures du soir il présente des vomissements fécaloïdes noirâtres.

A 7 heures du soir sa température est de 34°9. Bain chaud.

A partir de ce moment, il rejette tout ce qu'il prend sous la forme de vomissements noirâtres et a une selle noire dans la soirée.

Dans la nuit du 25 au 26 janvier, l'enfant a une selle noire et des vomissements noirs continuels.

La malade succombe le 26 janvier à 5 heures du matin. Son poids à ce moment est de 1.600 grammes.

OBSERVATION VI

Marie D..., primipare de vingt-deux ans.

Elle a marché à neuf mois, a été réglée à seize ans.

Elle n'a jamais été malade.

Les dernières règles sont du 5 juin 1909.

Pendant sa grossesse elle a présenté de l'œdème de la vulve.

En avril 1910 elle a eu du prurit vulvaire.

Elle vient à la salle de travail le 17 avril 1910 à 10 heures du matin, avec une dilatation de 50 centimes.

La dilatation est complète le 18 avril à 7 heures du matin. La poche des eaux se rompt spontanément. Il s'écoule du liquide teinté de méconium.

A 8 heures du matin la femme accouche spontanément d'une fille vivante, du poids de 3.360 grammes.

A 9 h. 30 délivrance naturelle et complète. Le placenta pèse 480 grammes.

19 avril. — L'enfant paraît en bon état.

20 avril. — En changeant les langes on y trouve du sang. L'enfant est pâle et a certainement saigné. L'hypothèse de melaena spruria doit être écartée. D'ailleurs on ne remarque rien du côté des mamelons maternels.

Au niveau des téguments pas d'excoriations, de pétéchies, d'ecchymose ni de lésions pemphigoïdes. Le cordon n'est pas tombé. Il saigne très légèrement. Le bourrelet sous-ombilical est un peu rouge.

Le foie et la rate ne paraissent pas hypertrophiés. La nuque n'est pas raide. Le ventre est souple, très dépressible, non douloureux. L'enfant ne crie pas.

Du côté maternel on ne trouve aucune trace de syphilis. La mère déclare ne pas connaître chez le père d'accident imputable à la syphilis.

Dans la journée l'enfant n'émet que du sang dans ses garde-robes. Il est flasque. Sa température est de 36°7.

On lui donne 11 gouttes de la solution d'adrénaline au 1/1000 dans 5 grammes d'eau.

Le soir même état.

On lui donne de nouveau II gouttes d'adrénaline.

Les garde-robes sont absolument sanglantes.

On alimente l'enfant en lui donnant 20 grammes de lait maternel.

21 avril. — L'ombilic saigne. L'enfant présente un melaena abondant. Il est toujours pâle. Il crie beaucoup.

On lui donne au verre 8 tétées de lait maternel de 20 grammes chacune.

A midi, sa température est de 37°3.

A 6 heures du soir, elle est de 36°5. On injecte 1 centimètre cube d'extrait de capsule surrénale.

22 avril. — L'enfant est excessivement pâle.

Les garde-robes sont toujours sanglantes.

La température est de 35°8.

Numération des globules par M. Chirié.

Hématies = 900.000.

L'enfant succombe à 10 h. 35 du matin.

Autopsie pratiquée le 23 avril, à 5 heures du soir.

A l'ouverture du thorax, rien de particulier à signaler, sauf l'extrême pâleur des organes qui sont littéralement exsangues.

Le cœur est petit. Le péricarde contient quelques gouttes de liquide citrin.

Les poumons sont blanc pâle. Ils surnagent. On remarque un peu de circulation exagérée sur les lobes inférieurs.

Le foie est petit et ne présente aucun caractère de syphilis. La rate est petite.

Intestin. — A partir du cæcum et jusqu'à la terminaison de l'intestin, on trouve du sang en grande quantité dans la

lumière du canal. La muqueuse du cæcum est rouge, congestionnée. On ne trouve pas d'ulcération macroscopiquement appréciable.

L'iléon est congestionné, mais ne contient pas de sang.

L'encéphale ne présente rien de particulier.

OBSERVATION VII

Anna C..., IV-pare de trente ans.

Elle a marché à onze mois, a été réglée à quinze ans.

Les dernières règles datent du 24 novembre 1909.

La femme a présenté de l'hydramnios.

L'enfant se présente par le siège.

Le travail débute le 30 juillet 1910, à 7 heures du matin. Elle vient à la salle de travail le même jour, à 11 heures du matin. La dilatation est complète à 4 heures du soir.

A 4 h. 15 on pratique, facilement, l'extraction d'un garçon vivant, du poids de 2.550 grammes.

La délivrance se fait spontanément.

Le placenta pèse 700 grammes.

5 août. — L'enfant est mis à la diète hydrique pour des vomissements.

7 août. — Il est monté à l'isolement.

Il rejette en partie ce qu'il prend.

8 août. — M. Guéniot examine l'enfant.

Ce dernier présente un état ictérique très accentué. La bouche présente un peu de muguet.

On lui donne à la gaveuse 35 grammes de lait maternel. On lui verse II gouttes d'huile mentholée dans les narines

et on lui fait une injection de 10 grammes de sérum artificiel.

En gavant l'enfant, on s'aperçoit qu'il rend beaucoup de mucosités sanguinolentes.

9 août. — Même état. Il vomit toujours des mucosités sanguinolentes.

10 août. — La température est de 39 degrés. L'enfant présente du melaena et vomit de plus en plus du sang noirâtre.

Il garde le lait pris à la gaveuse.

Le soir sa température est de 38°9.

11 août. — La température est de 39°1.

L'enfant a des vomissements abondants et du melaena. L'ictère est toujours très prononcé.

12 août. — La température est de 39°1. L'état de l'enfant devient de plus en plus mauvais.

Dans la matinée, il rend du sang en grande quantité et devient de plus en plus pâle,

Ses lèvres sont cyanosées.

Il succombe à midi et demi.

Autopsie pratiquée le 13 août.

A l'examen du corps on ne trouve rien de particulier.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate une dilatation considérable de l'estomac.

Cet organe contient du liquide noir, sirupeux, formé par du sang et dont la quantité peut être estimée à 200 grammes environ. Le commencement du duodénum est dilaté, puis l'intestin est ratatiné sans que cependant ce conduit soit oblitéré.

La fin de l'intestin grêle est dilatée et remplie de liquide sanglant, noir, épais.

L'examen ne montre pas de lésion ulcéreuse, mais des suffusions hémorragiques dans la région pylorique et dans la région de l'intestin grêle.

Rien à signaler dans le gros intestin.

Le foie pèse 110 grammes. Il est jaune foncé et incomplètement graisseux. Le tissu conjonctif paraît y entrer en plus grande quantité que normalement.

La rate pèse 10 grammes. Elle n'est pas diffluente et ne présente rien de particulier.

Rien à signaler au niveau des reins et des poumons.

OBSERVATION VIII

Juliette P..., primipare, âgée de trente-sept ans.

Elle a marché à neuf mois, a été réglée à douze ans et demi.

Ses dernières règles datent du 3 au 6 avril 1910.

Le travail débute le 10 janvier 1911 à 4 heures du matin. La dilatation est complète le même jour à 4 heures du soir.

Les membranes s'étaient rompues prématurément le 9 janvier à 9 heures du soir.

10 janvier. — A 4 h. 20 du soir, elle accouche spontanément d'une fille du poids de 3.200 grammes.

La délivrance, naturelle et complète, a lieu à 7 h. 15 du soir. Le placenta pèse 480 grammes.

11 janvier. — A 10 h. 30 du soir l'enfant a rendu par hématémèse et par melaena du sang nettement rouge et en quantité assez abondante.

Le foie et la rate ne sont pas gros.

On ne trouve pas de pemphigus.

12 janvier. — A 8 heures du soir l'enfant a eu un nouveau melaena. On lui injecte 10 grammes de sérum gélatiné et on le met à la diète.

13 janvier. — A 10 heures du matin on constate que l'enfant a un nouveau melaena. On injecte 10 grammes de sérum gélatiné et on fait prendre quatre cuillers à café d'une potion au chlorure de calcium à 1/50.

A 5 heures du soir pas de nouvelle hémorragie. On injecte de nouveau 10 grammes de sérum gélatiné.

A 10 heures du soir se reproduit un nouveau melaena.

14 janvier. — A 9 heures du matin l'enfant a un melaena très léger. La température est de 38°5. On lui injecte 10 grammes de sérum gélatiné et 20 grammes de sérum physiologique.

A 4 heures du soir on refait une injection de 10 grammes de sérum gélatiné et de 10 grammes de sérum physiologique.

La température est de 38°4.

A 10 heures du soir on fait une injection de 20 grammes de sérum physiologique.

15 janvier. — Les selles sont normales. On donne à l'enfant une cuillère à café de lait de femme toutes les deux heures.

16 janvier. — Les selles sont normales. On note un écoulement vulvaire.

17 janvier. — L'enfant ne présentant plus de melaena est remis au sein.

22 janvier. — L'enfant présente un écoulement vulvaire et part en bon état, un peu pâle cependant.

Nous joignons ici les résultats de la réaction de Wassermann, pratiquée par M. le Dr Daunay.

Mère..	1.....	+ 1.2
	2.....	+ 1.2
Enfant.	1.....	+ 1.2.3
	2.....	+ 1.2 3

Ces réactions sont difficiles à interpréter, car le sérum de la mère et celui de l'enfant exercent une légère action sur le système hémolytique.

OBSERVATION IX

Noélie S..., III-pare, âgée de trente-deux ans.

Elle a marché à un an, a été réglée à seize ans.

Elle a accouché en 1904 à terme, d'un enfant vivant actuellement.

La seconde grossesse en 1905, a été compliquée par une présentation de l'épaule. On a pratiqué sous chloroforme l'extraction d'un enfant vivant, bien portant actuellement.

Ses dernières règles datent du 20 au 24 juin 1910.

Le travail débute le 4 avril 1911, à 10 heures du soir. Elle monte à la salle de travail le même jour à 11 heures du soir. La dilatation est complète le 5 avril à 1 heure du soir. A la rupture spontanée des membranes, il s'écoule du liquide teinté de méconium. A 1 h. 35 elle accouche spontanément d'une fille vivante pesant 3.150 grammes. Il y a deux circulaires lâches autour du cou.

L'enfant naît étonné, mais respire au bout de peu de temps.

La délivrance se fait spontanément à 2 h. 20 du soir. Le placenta pèse 590 grammes.

7 avril. — L'enfant présente un melœna abondant et rend du sang rouge presque pur.

Il a en outre une hématémèse un peu moins abondante.

On lui injecte 10 grammes de sérum gélatiné et 10 grammes de sérum physiologique, et on lui fait boire quatre cuillères à café d'une potion au chlorure de calcium à 1/50.

Examen du sang par M. le Dr Devraigne :

Hémoglobine (appareil de Gowers). =	11
Hématies (sang sec).....	6.320.000
Globules blancs.....	32.000

8 avril. — Le matin on trouve encore quelques traînées de sang mélangées à des matières. Le soir les matières ne contiennent plus de sang.

On injecte 10 grammes de sérum gélatiné.

9 avril. — L'enfant n'a plus de melœna.

On reprend l'alimentation au sein.

14 avril. — Examen du sang :

Hémoglobine.....	12
Globules rouges (sang sec).....	4.040.000
Globules blancs.....	23.600

19 avril. — Examen du sang :

Hémoglobine.....	9
Globules rouges (sang sec).....	3.586.664
Globules blancs.....	11.600

L'enfant sort en bon état le 20 avril. Pendant son séjour à la clinique Tarnier, M. le Dr Daunay, a pratiqué sur lui et sur sa mère la réaction de Wassermann.

Nous citons ici les résultats qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer.

Mère = réaction franchement négative.

Enfant = + 1,2,3.

Cette réaction ne saurait être interprétée, car le témoin destiné à servir de contrôle faisait défaut.

OBSERVATION X

Mme T..., I-pare, dix-neuf ans.

Les dernières règles datent du 8 au 13 avril 1910.

Elle accouche le 31 janvier 1911 à 8 heures du soir.

L'enfant pesait 3.000 grammes.

2 février. — On constate que l'enfant a du melœna. La mère est alors admise à la clinique Tarnier avec son enfant.

3 février. — *Observation de la mère.* — La température est de 38°5.

Le pouls bat à 120 pulsations à la minute.

L'utérus n'est pas douloureux. On ne trouve rien du côté des seins, rien à l'auscultation.

4 février. — A 5 heures du soir, on ne trouve rien du côté de la gorge ni du côté des seins.

La femme présente de la céphalée et de la constipation. On lui administre une purgation le 5 février et tout rentre dans l'ordre jusqu'au 21 février. Ce jour-là, à 6 heures du

soir, la femme est prise d'un grand frisson. La température est de 39°8. Le pouls bat à 120.

On ne trouve rien du côté de l'utérus ni du côté des jambes. Les seins ne présentent rien de particulier. Rien à l'auscultation.

25 février. — A 5 heures du matin, la femme est prise d'un grand frisson et présente de la céphalée. On ne trouve rien à l'examen de la malade.

26 février. — La mère sort sur sa demande et emmène son enfant.

Observation de l'enfant. — L'enfant est amené à la clinique Tarnier le 2 février à 8 heures du soir. On apporte avec l'enfant des langes abondamment teintés de sang. A son arrivée, on lui injecte 15 grammes de sérum gélatiné et 15 grammes de sérum physiologique.

3 février. — L'enfant est très pâle. Ses couches sont très abondamment teintées de sang rouge. On ne trouve ni pemphigus, ni gros foie, ni grosse rate.

La température est de 36°8. L'enfant est mis à la diète.

On lui injecte 10 grammes de sérum gélatiné et 15 grammes de sérum physiologique. On lui donne à l'intérieur une potion au chlorure de calcium à 1/50.

L'après-midi, M. le Dr Devraigne fait un examen du sang.

Globules rouges.....	2.248.000
Globules blancs.....	8.800

On lui injecte de nouveau 10 grammes de sérum gélatiné et 15 grammes de sérum physiologique.

4 février. — L'enfant n'a pas eu de nouvelles selles san-

glantes. On lui injecte 10 grammes de sérum gélatiné et on le remet au sein.

5 février. — L'enfant est toujours pâle. Il ne saigne plus. Il vomit aux tétées,

6 février. — L'enfant n'a pas de nouvelle hémorragie. Il n'a pas vomi.

7 février. — L'enfant vomit de nouveau. On lui donne du lait coupé, 10 grammes de lait et 10 grammes d'eau par tétée.

13 février. — L'enfant est remis au sein.

14 février. — L'enfant est toujours très pâle.

Examen du sang par M. Devraigne :

Hémoglobine.....	5
Globules rouges.....	1.888.000
Globules blancs.....	4.800

16 février. — On injecte à l'enfant 25 grammes de sérum physiologique et on lui fait prendre 0 gr. 25 d'hémoglobine.

17 février. — On injecte 30 grammes de sérum physiologique, 0 gr. 25 d'hémoglobine. Comme l'enfant vomit toujours un peu on lui donne du lait coupé de moitié d'eau.

25 février. — L'enfant est en bon état, un peu pâle cependant.

Examen du sang :

Hémoglobine.....	4,5
Globules rouges....	3.100.000
Globules blancs....	9.200

L'enfant sort le 26 février. Sa mère revient avec lui le 7 mars. L'enfant est en bon état.

Examen du sang :

Hémoglobine.....	5,5
Globules rouges....	3.880.000
Globules blancs....	16.000

OBSERVATION XI

(Due à M. le Dr Gaujeon, chef de service de la maternité de Carcassonne.)

Mme X..., III-pare de trente-neuf ans.

Elle a été réglée à quatorze ans.

Elle a fait une fausse couche en 1907.

En 1908 elle a accouché à terme d'une fille vivante bien portante actuellement.

Les dernières règles datent du 14 décembre 1909.

24 septembre 1910. — Elle accouche d'un garçon vivant pesant 3.590 grammes.

La délivrance se fait naturellement. Le placenta pesait 580 grammes.

26 septembre. — On a mis l'enfant au sein de la mère. Vers 5 heures du soir l'enfant a brusquement un vomissement noir assez abondant de sang ayant séjourné dans l'estomac. Un moment après l'enfant a un autre vomissement de sang rouge (un demi-verre à liqueur environ). A 6 h. 30, l'enfant paraît en bon état Il a évacué du méconium. On le tient couvert chaudement et on le met à la diète absolue jusqu'au lendemain.

27 septembre. — Le matin on trouve l'enfant pâle et

assoupi. On le lange. Par l'anus est sortie une grande quantité de sang noir et rouge. Les langes ont été traversés.

A 11 heures du matin les langes renferment du sang noirâtre. On injecte 20 grammes de sérum artificiel. A 3 heures et à 6 heures du soir, pas de nouvelle évacuation sanguine. La température rectale est de 38°2. On injecte 20 grammes de sérum artificiel.

28 septembre. — Le matin la température est de 38°2. Les langes contiennent du sang noirâtre et en renferment également le soir.

29 septembre. — Le matin les selles sont encore noirâtres. L'enfant est pâle. On lui donne I goutte de perchlorure de fer dans un peu d'eau et on lui injecte 20 grammes de sérum artificiel. On le remet au sein.

30 septembre. — Les selles ne contiennent plus de sang.

3 octobre. — L'enfant augmente de poids régulièrement. Il sort en bon état le 9 octobre.

OBSERVATION XII

(Due à M. le Dr Trouillet, médecin inspecteur des enfants du premier âge, médecin du lycée Henri-IV).

Mme C..., I-pare de vingt-huit ans.

30 janvier 1910. — Après un travail assez laborieux et un dégagement en O. S. expulse spontanément un enfant du sexe masculin présentant deux circulaires autour du cou.

L'enfant ayant un peu souffert pendant la période d'expulsion, naît étonné, la face violacée. Après quelques frictions la respiration s'établit régulièrement.

La délivrance se fit normalement et pendant trois jours tout alla bien du côté de la mère et de l'enfant.

Le quatrième jour après l'accouchement, sans que rien pût faire prévoir cet accident, je fus appelé près de l'enfant qui avait rendu par l'anus une grande quantité de sang noirâtre, coagulé, mélangé d'un peu de méconium. L'enfant était pâle, faible, abattu. La température était abaissée. Son cri était faible.

J'espaçai les tétées et les ordonnai peu abondantes. J'entourai l'enfant de boules d'eau chaude et je lui fis administrer un lavement froid sans pression.

Il y eut encore pendant quarante-huit heures dans les selles quelques caillots de sang puis les garde-robes devinrent normales.

L'enfant a aujourd'hui quatorze mois. Il va aussi bien que possible.

La mère avait eu une excellente grossesse.

Des analyses fréquentes n'avaient décelé aucune trace d'albumine dans les urines et toute idée de syphilis chez les parents devait être écartée. Enfin la mère ne présentait pas de crevasses aux seins.

CONCLUSIONS

Le melaena du nouveau-né, selon ses causes, est dit spruria ou vera.

Spruria il est dû à une déglutition de sang.

Vera il reconnaît le plus souvent pour causes l'infection ou la syphilis. Parfois ces deux facteurs sont associés. Parfois aussi il est impossible de retrouver les causes qui ont pu donner naissance au melaena.

Sa pathogénie est encore loin d'être élucidée et ne prête encore lieu qu'à des hypothèses non vérifiées expérimentalement.

Son diagnostic est facile. Il faut de plus reconnaître la forme du melaena et essayer de retrouver l'affection causale.

Le pronostic varie selon la forme du melaena.

Bénin pour le melaena spruria, il est au contraire extrêmement sombre pour le melœna vera.

Le traitement restera souvent impuissant. Il consistera dans la diminution de l'alimentation, le sérum gélatiné et le sérum physiologique en injections.

A ces moyens thérapeutiques de premier ordre

on pourra adjoindre des adjuvants : potion au chlorure de calcium, bains chauds, inhalations d'oxygène, mise en couveuse.

Si on retrouve la syphilis on instituera le traitement mercuriel.

Vu : le président de la thèse,
BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Aps (Christfried). — Melaena neonatorum. Thèse de Tubingen, 1907.

Lequeux. — Étiologie et pathogénie des hémorragies graves du nouveau-né. Thèse de Paris, 1906.

— Sur une cause exceptionnelle de melaena du nouveau-né. Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1909.

— L'Extrait capsulaire surrénal dans la thérapeutique des hémorragies graves du nouveau-né. Communication faite à la Société d'Obstétrique de Paris, 17 mai 1906.

Nobécourt. — Précis de médecine infantile.

Rundstett. — Ueber melœna vera neonatorum (Arch. f. Gynæck. Berlin, 1909, XXXIX).

Schubert. — Behandlung der melœna neonatorum mit Gelatineinjectionen.(Centralblatt f. Gynæk. Leipzick, 1907, XX, 201-203).

Teissier. — Le Sérum gélatiné administré par la bouche dans le melœna du nouveau-né (Lyon médical, 1909, CXIII).

Thellier (Edmond). — Le Melaena des nouveau-nés. Thèse de Lyon, 1905.

Vicq (Édouard). — Étude sur le traitement des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né. Thèse de Paris, 1908.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Définition	9
Historique	11
Étiologie	13
Anatomie pathologique	29
Pathogénie	33
Symptomatologie	35
Évolution et pronostic	39
Diagnostic	41
Traitement	45
Observations	51
Conclusions	71
Bibliographie	73

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris